LA REFORMA SANITARIA: UN RETO INELUDIBLE

EPIFANIO DE SERDIO ROMERO

Parece claro que cuando empleamos los términos «reforma sanitaria», todos entendemos por ello una mejora de los dispositivos de atención sanitaria, que identificamos sobre todo con los hospitales y ambulatorios. Y también es cierto que, en mayor o menor medida, todos tenemos la percepción de que esas estructuras no funcionan como debieran o responden mal a la demanda de la población.

Las páginas que siguen pretenden aportar algunos datos y reflexones que permitan identificar mejor los problemas y las soluciones, así como concretar algunas cuestiones fundamentales. Y la primera de ellas es si realmente el dispositivo sanitario tiene capacidad para «darnos» salud, porque ¿qué es la salud? ¿de qué factores depende?

La Salud, un equilibrio multifactorial

Definir qué es la salud es un problema más arduo y complejo de lo que parece. La definición más extendida es la que consta en la Carta Magna de la Organización Mundial de la Salud (OMS) constituida el 7 de abril de 1948: «La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»

Aún cuando esta formulación ha sido posteriormente revisada achacándosele con razón el ser excesivamente estática y poco operativa, supone ya un considerable avance sobre épocas anteriores, sobre todo en dos aspectos: uno el que se considera a la salud como un valor en sí misma, y no como la simple ausencia de enfermedad. Y el otro es que aparecen claramente las facetas social y mental con el mismo nivel de importancia que la física

De esta manera, se supera definitivamente la concepción organicista y exclusivamente física del binomio salud-enfermedad, poniendo de manifiesto los aspectos psiquicos y sociales del mismo. Desde entonces, trabajar para la mejora de la salud de un individuo es, debe ser, prestar atención a la totalidad de la persona humana teniendo en cuenta no solamente su cuerpo, sino también su mente y el medio social en el que está inmerso

Pero la salud, ese «estado de completo bienestar» no es más que un extremo cuyo polo opuesto sería la enfermedad. Entre uno y otro hay toda una serie de estados intermedios que es donde habitualmente nos encontramos la mayoría de los individuos. El que nos acerquemos más a la salud completa o más a la enfermedad —y su expresión última, la muerte— va a depender de una serie de factores que mantienen o alteran el continuo equilibrio dinámico entre ambos extremos (ver cuadro 1).

Es importante resaltar pues que la salud depende fundamentalmente de factores sociales y ambientales. Hace ya más de un siglo, en 1848, Rudolf Virchow, que pasaría a la historia como padre de la moderna Anatomía Patológica, fue enviado por el Gobierno alemán a comprobar la situación sanitaria de la zona industrial de Silesia, afectada por una devastadora epidemia. A la vuelta, recomendó como tratamiento aumentos salariales y ampliación de la educación y de la libertad. Todo ello ha llevado a afirmar que la enfermedad es un problema de causa social aunque de expresión individual

Cuadro 1.—Determinantes del estado de salud del individuo y de la población.

1. Estructura biológica individual (y poblacional), genética y congénita.
2. Comportamientos habituales individuales y sociales frente a la salud y la enfermedad.

3. Condiciones económicas de vida de la población: costo de vida y nivel de salarios del individuo y de la familia.
4. Condiciones sociales de vida de la población: nivel de instrucción, nivel de educación sanitaria, condiciones sociales del trabajo.
5. Calidad del ambiente físico, biológico y social: condiciones de seguridad y de saneamiento del ambiente; protección ecológica.
6. Condiciones sanitarias de la vivienda.
7. Condiciones sanitarias y de seguridad en el trabajo.
8. Cantidad y calidad de la alimentación de la población y del individuo.
9. Existencia o carencia de sistemas de salud completos accesibles a toda la población.
10. Existencia o carencia de sistemas de seguridad social contra los riesgos biológicos y económicos.
11. Existencia o ausencia de desigualdades socioprofesionales y otras frente a la salud, la enfermedad y la muerte.
12. Utilización del progreso científico y de la tecnología por las disciplinas de la salud.
13. Tipo de desarrollo económico-social.

Fuente: H. SAN MARTIN, Ecología y Salud, Edición La Prensa Médica Mexicana, México, 1979.

Tres arquetipos de servicios de atención sanitaria.

Es un hecho demostrado que la salud de los individuos y de la comunidad depende más de factores económicos y sociales que de la propia red de atención sanitaria en sentido estricto, todavía dedicada en la mayor parte del mundo más a luchar contra la enfermedad que a promover la salud. Sin embargo, también ésta juega un papel importante, aunque su organización es diferente en los distintos países.

En todos ellos responde, básicamente, a alguno de los tres modelos de los que nos habla Milton Terris, siempre dejando bien claro que son sólo arquetipos, y que suelen incluso coexistir al mismo tiempo, en el mismo pais, dándose además gran número de formas intermedias. Todos ellos permiten a su vez la existencia de un mayor o menor sector privado.

El primero de ellos es el que se llamó de Asistencia Pública tradicionalmente. Se ha desarrollado históricamente en todos los paises, a partir del siglo XIX, y su misión fundamental ha sido, y en muchos casos todavía lo es, la atención al saneamiento ambiental y la prevención de epidemias, sumándosele posteriormente algunas actividades de curación individual en torno a problemas específicos de salud (tuberculosis, tracoma, lepra, etc..) o sobre grupos marginales de población (indigentes, pobres,...) con carácter de beneficiencia pública.

El segundo es el Seguro Sanitario, basado fundamentalmente en el pago de una cuota a cambio del derecho a unas prestaciones. Este tipo de seguros fue al principio organizado directamente por los propios trabajadores, los que les permitía además disponer de unos fondos utilizables en la lucha sindical y como caja de resistencia. En 1883, Bismarck en Alemania acabó con esta situación al hacerse cargo el Estado de su gestión y administración. Desde entonces, la casi totalidad de estos seguros están controlados por los Gobiernos.

Sus características más fundamentales son que sólo cubren a los asegurados, con frecuencia también a sus familias, y sólo ante determinadas situaciones de enfermedad.

El tercero de los sistemas es el llamado Servicio Nacional de la Salud, cuyas características principales son la extensión de su cobertura a toda la población y la financiación fundamentalmente a cargo del Estado, quien lo gestiona. Y sobre todo un tercer aspecto: la integración de las actividades curativas y preventivas en un único dispositivo, ya que su orientación obedece a criterios más modernos de lucha por aumento de la salud y no simplemente contra la enfermedad. Sin esa integración, ello sería imposible.

España, un caso atípico.

En nuestro país el sistema de Asistencia Pública tradicional está a cargo de las Corporaciones Locales y del Estado, que desarrollan las tareas preventivas, (vacunaciones, salud escolar,

control de brotes epidémicos, etc.) y mantienen un pequeño dispositivo de asistencia sanitaria para los pobres inscritos en el Padrón de Beneficiencia.

Sus instrumentos más conocidos son los sanitarios locales (a los que todavía se les conoce como médicos, practicantes, etc., de APD, asistencia pública domiciliaria) y las Casas de Socorro y Hospitales Provinciales. Este sistema es en la actualidad claramente marginal.

Pero lo más importante y atípico de España es el Seguro Sanitario. Ya con el principio del siglo se constituyó un Instituto Nacional de Previsión que fue progresivamente ampliando sus prestaciones sociales hasta el fin de la Segunda República. Más tarde, en 1942, se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) que comienza a funcionar en 1944. Al principio sólo, pertenecían a él los obreros industriales, incorporándose poco a poco otros colectivos dependiendo exclusivamente de los intereses del desarrollo económico. Así los trabajadores agrícolas lo haeen tardíamente a finales de los años sesenta.

Dos cáracteristicas son las que los diferencian del resto de los Sistemas de Seguros: el que los medios humanos y materiales son propios, y el que la cobertura de sus prestaciones sanitarias alcanza a casi toda la población.

En efecto, los Seguros Sanitarios del resto de los países se limitan en general a cubrir los gastos de enfermedad de sus asegurados, mediante conciertos con el sector privado, pero no a prestar directamente la asistencia, por lo que no disponen de hospitales, ambulatorios, etc. ni, por supuesto, de personal. Por otra parte, la cobertura ha ido creciendo de tal manera que hoy día más de 90% de la población es atendida por el mismo.

El disponer de medios propios (es la mayor empresa sanitaria con enorme diferencia sobre el resto) y el abarcar a casi toda la población lo ha convertido en el principal instrumento de actuación sanitária de la Administración Pública, haciendo posible que pueda trascender su primitiva actividad meramente de curación a los asegurados, hasta otras tareas de prevención y promoción de la salud individual y colectiva.

Por ello, La Seguridad Social de España se parece más a un Servicio Nacional de Salud que a un Sistema de Seguro Sanitario, salvo en el modo de financiación, que corresponde lógicamente a cuotas de empresarios y trabajadores, aunque la aportación del Estado es cada vez mayor.

La Crisis del Sistema Sanitario en España

A principios de los años setenta se pone de manifiesto la insuficiencia de los sistemas vigentes de atención sanitaria. En efecto, la crisis ecónomica hace que se preste una mayor atención al gasto sanitario, que desde algunos años antes ha comenzado a elevarse incontroladamente. Pero es que este aumento de recursos destinados al sector sanitario no se corresponde con una mejora del nivel de salud de la población. Es decir, que no por gastar más dinero en el sistema de atención sanitaria la población está más sana. Los indicadores muestran un estancamiento, y comienza a extenderse la idea de que los sistemas tradicionales de organización y gestión no responden a las necesidades actuales de la población.

También en otros países de estructura semejante a España, se nota este fenómeno. Así en Estados Unidos de América el, porcentaje del PIB dedicado a salud supera el 10%, pero sus indicadores son peores que otros países como el Reino Unido que dedica la mitad. Se va gestando una nueva estrategia mundial de atención sanitaria, cuya expresión más importante es la contenida en la Declaración de Alma-Ata de 1978. En ella se consagra la importancia del acercamiento a la comunidad mediante la potenciación de la atención primaria y la necesidad de la integración de los recursos preventivos y curativos.

En nuestro país se añade aún un factor más. En 1978, se promulga la Constitución, que dice textualmente en su artículo 43: «se reconoce el derecho a la potenciación de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios». Queda así, por tanto, consagrado no sólo el derecho a la salud para todos los españoles, sino también la

obligación del Gobierno de disponer los medios necesarios para hacerlo realidad.

De esta manera, se comienza la década de los ochenta en España con un dispositivo de prevención obsoleto y marginado en la Seguridad Social y gestionado por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Crisis que se debe a la escasez de recursos que se detraen para otras prestaciones sociales (en pesetas constantes desde el año 1979 a 1984 el gasto sanitario por asegurado ha disminuido un 20%) y a la incapacidad de cumplir con semejante instrumento el mandato constitucional.

Hacia el Sistema Nacional de Salud

Durante un breve período, por algunos sectores se pretende alcanzar el máximo de privatización de la asistencia sanitaria. Ello conllevaría no sólo el dar marcha atrás a la integración de los recursos asistenciales y preventivos contra las recomendaciones de la OMS y de la esencia misma del concepto de salud, sino también el aumento de los costes globales del sistema, a no ser que se desmantelaran los hospitales y ambulatorios de la Seguridad Social.

Finalmente, El Gobierno socialista de esta lesgislatura que ahora termina, comienza a hacer realidad el mandato constitucional con la construcción de un Sistema Nacional de Salud, que estará formado por los Servicios de Salud de cada una de las Comunidades Autónomas, y cuya pieza fundamental es la recientemente aprobada Ley General de Sanidad.

A través de su desarrollo, España podrá contar con un sistema integrado de atencióm sanitaria moderno y eficaz acorde con el Estado de las Autonomías y que permitirá no sólo mejorar la gestión y adaptarse a la crisis económica, sino también alcanzar una mayor accesibilidad al sistema para todos los españoles, aumentar la participación de los usuarios y ofrecer más y mejores servicios ajustados a la demanda de la población.

Pero aunque la Ley General de Sanidad es, como se ha señalado, una pieza fundamental, debemos señalar también que la promulgación anterior de la Ley de Bases de Régimen Local y la Ley de la Función Pública completan la apoyatura sobre la que descansarán los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

En el caso concreto de Andalucía, se han dado una serie de circunstancias que permitían y aconsejaban la aceleración del proceso. En primer lugar la asunción de todas las competencias sanitarias por parte de la Junta de Andalucía incluidas las de la Seguridad Social. Esta situación comparable sólo a Cataluña, convierte a ambos en los únicos Gobiernos actualmente existentes con capacidad real de constituir un Servicio de Salud. En segundo lugar la decidida voluntad de coordinación e integración de todas las Administraciones Andaluzas. Y finalmente, aunque no por ello menos importante, las esperanzas que el pueblo andaluz tiene depositadas en el Gobierno Autónomo como un instrumento fundamentalmente para salir de la marginación y el atraso.

Fruto de estas circunstancias y de una decidida voluntad política de acometer la reforma sanitaria son la aprobación de una serie de disposiciones legales por parte de las Instituciones Autónomas y que, con menor o mayor rango, como es el caso de la Ley de creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM), han permitido avanzar durante estos meses. Este proceso ha culminado con la reciente promulgación de la Ley del Servicio Andaluz de Salud, instrumento operativo fundamental que permite la ordenación del dispositivo de atención sanitaria andaluz.

De esta manera, Andalucía se convierte también en el terreno lesgislativo en la primera Comunidad Autónoma que hace frente a ese reto ineludible que es la Reforma Sanitaria.